Aus der Gynaekologischen Universitätspoliklinik München
Vorstand: Professor Dr. Polano

Lane Medical Library

Ueber ein Adenofibrom der Vulva

Auszug
aus der
Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt
von

Hermann Bartcky
aus Wilsdruff
b. Dresden

München 1925

Druck der Buchdruckerei Wilhelm Volkmann, Dresden-A., Dürerstraße 15

Referent:
Prof. Polano

Eine Geschwulst der Vulva, über deren Histogenese schon viel geschrieben worden ist, und die gegenteiligsten Ansichten laut geworden sind, ist das Adenofibrom bezw. -myom. Daß als Ausgangspunkt vieler derartiger Neubildungen das lig. rotundum in Frage kommt, scheint festzustehen. Doch kann dieses immerhin nur für die Entstehung der Grundsubstanz verantwortlich gemacht werden, indem es in seinem mehr muskulösen Teil zur Entstehung eines Myoms, in seinem bindegewebigen Teil zur Entstehung eines Fibroms Anlaß gibt. Ueber die Herkunft des adenomatösen Anteils aber, gehen die Ansichten weit auseinander. Man kann jedoch annehmen, daß sie für ihre Fälle zu Recht bestehen; denn Borst unterscheidet „entzündliche Adenomyome" von den Adenomyomtumoren. Die drüsigen Bestandteile letzterer können nach ihm abstammen von der Uterusschleimhaut, von abgeschnürtem Serosaepithel und von Urnierenteilen. Das Charakteristische für die von der Urniere stammenden ist die kammartige Anordnung der Schläuche.

Seit Recklinghausens Werk „Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers" fing man an, den Grund für die Entstehung solcher Tumoren hauptsächlich in Störungen der Entwicklung zu suchen.

Nach v. Recklinghausens Ansicht stimmen die von ihm beschriebenen Tumoren in ihrem histologischen Aufbau vollkommen mit dem Wolff'schen Körper überein. Das Charakteristische ist der kammartige Aufbau, d. h. paralleler Verlauf der Sammelröhrchen und einmünden auf einer Seite in den Hauptkanal. Er beschreibt weiter die Endkolben, Ampullen, Hauptkanäle, Pseudoglomeruli und das Vorkommen von Flimmerepithel in den mittleren Abschnitten der Kanäle. Die Kanälchen sind im allgemeinen von Zylinderepithel ausgekleidet, das aber oft kubisch oder platt wird.

Als weitere Beweise seiner Annahme führt er an:

1. Daß sich in diesen Tumoren oft Pigmentkörnchen und -körperchen finden, die ganz auffallend dem Pigment ähneln, das sich im Giraldès'schen Organ findet. Bekanntlich ist dieses aber der rückgebildete Rest des sekretorischen Abschnittes der Urniere beim Manne.
2. Daß sich diese Geschwülste auch an der Tube finden, die keine Drüsen besitzt.
3. Daß sich die Praedilektionsstellen der Tumoren an der dorsalen Seite der Tubenwinkel und des Uterusfundus befinden und zwar in den peripherischen Schichten. Dies läßt sich so erklären, daß sich im Foetalleben dort der Kreuzungspunkt von Wolff'schem Körper und Müller'schem Gang befindet, und sich so Reste des Wolff'schen Körpers in den Müller'schen Gang implantieren können.

Die von der Schleimhaut des Uterus ausgehenden Adenomyome befinden sich im Gegensatz dazu mehr an der Vorderseite des Uterus und mehr in den zentralen Schichten der Wand. Auch läßt sich meist der Zusammenhang mit der Schleimhaut feststellen.

Diese v. Recklinghausen'sche Urnierenhypothese ist sehr einleuchtend bei Tumoren, die sich an den genannten Praedilektionsstellen befinden. Wie verhält es sich aber mit den Adenomyomen und -fibromen der Vulva und Inguinalgegend?

v. Lockstaedt hält diese Abstammung für unmöglich und glaubt, daß es sich um Abkömmlinge der Bartholinischen Drüsen handle, was von Aschoff abgelehnt wird. Ebenso lehnt Aschoff ab, daß es sich um eine Versprengung von Uterindrüsen dem lig. rotundum entlang handeln könne.

Aschoff berichtet dann über ein cystisches Adenofibrom der Vulva, das gleiche Verhältnisse wie die Recklinghausen'schen Urnierengeschwülste zeigte, nur daß die Pseudoglomeruli fehlten. Die ihm vorgelegten Präparate hielt jedoch v. Recklinghausen für einen von der Urniere abstammenden Tumor. Am Schlusse seiner Arbeit schreibt Aschoff, daß für

die Tumoren des lig. latum und lig. rotundum die Urniere zunächst oder ausschließlich in Betracht käme.

Nach R. Meyer und Opitz können derartige Geschwülste auch vom Peritonealepithel ausgehen, das sich in solchen Adenomen bis zu hochzylindrischen Formen entwickeln kann und unter entzündlichen Reizen schlauchförmig in die Tiefe wuchert.

Als von der Urniere ausgehend, betrachten noch einige andere Autoren Tumoren, die nur geringe Abweichungen von den von v. Recklinghausen beschriebenen zeigen. So beschreibt A. Bluhm ein ca. pflaumengroßes lymphangiektatisches Adenomyofibrom des lig. rotundum, das sich in der rechten Leistengegend befand.

Pick fand eine derartige Geschwulst im hinteren Scheidengewölbe, die als Auswuchs der Scheidenmuskelschicht imponierte. In die graue Grundsubstanz waren bis 1 mm breite Züge eines weißlichen Netzwerkes eingelagert, das Kanälchen enthielt. Diese waren parallel gelagert, verästelten sich dichotomisch und mündeten oft in unregelmäßig gestaltete, langgezogene Hohlräume. Auch die Halbmonde der Ampullen mit dem cytogenen Gewebe an der Konkavität werden von Pick beschrieben. Das Epithel war überall dort, wo cytogenes Gewebe angrenzte, zylindrisch, nur an der Konvexität der halbmondförmigen Bildungen, wo die cytogene Unterlage fehlte, abgeplattet. Das Epithel der im Muskelgewebe eingesprengten Drüsen war ebenfalls platt. Im übrigen war das Epithel überall einschichtig. Eine tunica propia von flachen Spindelzellen war ab und zu vorhanden. Flimmer- oder Becherzellen fanden sich nirgends.

Cullen fand die typischen Merkmale an einem Tumor, der im oberen Teil des rechten großen Labiums saß und mit dem lig. rotundum fest zusammenhing. Leider wurde eine zweite Geschwulst, die im weiteren Verlauf des Ligaments zwischen innerem und äußerem Muttermund sich befand, nicht untersucht.

Auch Pfannenstiel führt die Genese von drei Adenomyomen auf die Urniere zurück. Im ersten Fall fand sich ein walnußgroßes Adenomyom am Uterus, im zweiten Fall ein kleiner Tumor im Scheidengewölbe und ein kaum walnußgroßer in der Leistengegend.

Ebenfalls als von Resten des Wolff'schen Ganges abstammend betrachtet Schickele eine ca. kirschkerngroße Geschwulst im oberen Drittel des rechten kleinen Labiums. Doch der makroskopische und mikroskopische Befund ist durchaus nicht entsprechend. Man kann hier einen bindegewebigen Mantel erkennen, von dem Septen ausgehen, die den Tumor in mehrere Fächer einteilen. Die Drüsenkanäle selbst waren durch spärliches Bindegewebe voneinander getrennt und wiesen zum großen Teile hohes einschichtiges Zylinderepithel auf, das in größeren Kanälen oft kubisch bis platt wurde. Seltener war eine Zweischichtung oder drei bis vier Reihen platter Zellen. Einige Kanäle sind erst hohl und verlieren sich dann nach der Peripherie zu in soliden kolbigen Fortsätzen. Becherzellen waren nirgends zu finden. Die Möglichkeit, daß einige Kanäle den Tumor verlassen und die Epidermis erreichen, gibt der Verfasser zu.

Pick glaubt, daß es sich hier um einen Schweißdrüsentumor handelt, von denen er selbst zwei Fälle anführt, die nur wenig von Schickeles Fall abweichen.

Im ersten Fall handelt es sich um zwei Knötchen, die eine Kapsel besitzen und durch bindegewebige Septen in Fächer eingeteilt sind. Auch in der Kapsel liegen noch einige kleine drüsige Lobuli. Durch die seitlichen Aestchen der Schläuche wird der Eindruck papillärer Erhebungen hervorgerufen. In die geringe bindegewebige Grundsubstanz sind auch einzelne lumenlose, scharf begrenzte Epithelstränge eingelagert, die Pick als Vorstadien von Schläuchen auffaßt. In manchen Läppchen macht sich eine Neigung zu cystischer Dilatation geltend. Was die Epithelauskleidung anbetrifft, so sitzt auf einer elastischen membrana propria eine Muskelzellschicht, der wiederum ein Zylinderepithel aufsitzt. Ab und zu fehlt auch die Muskelzellschicht und ein Zylinder-, kubisches oder noch stärker abgeplattetes Epithel sitzt direkt auf der membrana propria.

In einem kleinen umschriebenen Bezirk verlängern sich die Leisten der Keimschicht auf das Doppelte und Dreifache, um sich an ihrem distalen Ende gewöhnlich in zwei oder drei Kanäle zu teilen, die mit den Röhrchen des Tumors zusammenhängen. Die Lumina der Kanälchen setzen sich auch durch

die Zapfen der Keimschicht fort und münden unter leichter trichterförmiger Einziehung an der Oberfläche der Haut.

Beim zweiten Fall fehlte sowohl Kapsel wie bindegewebige Septen. Die Drüsenröhrchen waren sehr eng und gewunden und schlangen sich vielfach durcheinander. An einer umschriebenen Stelle hingen die Drüsenröhrchen mit der Oberhaut unmittelbar zusammen. Das dichtzellig infiltrierte Coriumbindegewebe trieb solide Sprossen, deren Epithelien stellenweise zu drüsenartigen Lichtungen auseinanderwichen und, indem sie sich um die Lumina radiär stellten, zylindrischen Charakter annahmen. Indem die äußeren Zellagen mehr und mehr schwanden, gaben sie dann die beschriebenen drüsigen Zylinderepithelschläuche ab.

Einen ganz ähnlichen Befund weisen die von Schiffmann, Groß, Fleischmann und Köhler beschriebenen Tumoren der Vulva auf. Nur Schiffmanns Fall macht insofern eine Ausnahme, als hier eine beginnende Ca-Bildung vorzuliegen scheint. Zwischen den Drüsenkonvoluten fanden sich nämlich Anhäufungen polygonaler Zellen mit großem blasigen Kern, die meist regellos gelagert waren, sich hier und da aber in Balken ordneten. An einigen Stellen bildeten diese Zellen Hornperlen. Derart, daß sie sich in plattenepithelähnliche Formen umwandelten und knospenförmige Bildungen produzierten. An einer Stelle erwies sich das Drüsenepithel metaplastisch verändert und am Aufbau einer im Lumen liegenden Hornperle beteiligt.

Da sämtliche Anhangsgebilde der Haut aus soliden Wucherungen der Keimschicht hervorgehen, wird es bei frühzeitiger Störung der Anlage unmöglich sein, festzustellen, was im betreffenden Falle vorliegt. Etwas Sicheres wird man nur sagen können, wenn die Geschwulst einen Zusammenhang mit schon differenzierten Gebilden erkennen läßt. Außerdem stehen sich Schweißdrüsen und Milchdrüsen histologisch sehr nahe, sodaß auch bei Adenomen an Körperstellen, die nicht im Verlaufe der Milchleiste liegen, die Frage auftauchte, ob Schweißdrüsen oder eine mamma erratica den Ausgangspunkt bildeten. Hat man doch eine überzählige Milchdrüse schon am Rücken beobachtet. Ruge erwähnt, daß eine an der Vulva gefunden wurde, was in Anbetracht des Verlaufs der Milchleiste nicht wunder nehmen kann.

Seitz weist in einer interessanten Arbeit den Zusammenhang von in der Achselhöhle befindlichem Milchdrüsengewebe mit hypertrophischen Schweißdrüsen nach. Er konnte den Uebergang eines typischen Schweißdrüsenausführungsganges in tubulo-alveoläres, milchdrüsenähnliches Gewebe feststellen und hält damit den Beweis für erbracht, daß beide Drüsengewebe eine gleiche Genese haben.

Göpel berichtet über Tumoren versprengten Brustdrüsengewebes. Er konnte sowohl ein primäres Carcinom als auch ein haselnußgroßes Fibroadenom beobachten, die beide von versprengten Milchdrüsen der Achselhöhle ihren Ausgang nahmen.

A. Meyer beschreibt in seiner Dissertation ein Fibroadenom der Leistengegend, das auf dem Durchschnitt mit einer gallertartigen Masse gefüllte Hohlräume und Pigmentflecke erkennen ließ. Den Hauptbestandteil der Geschwulst bildete ein kernarmes, z. T. hyalinisiertes Geflecht von Bindegewebe. Die darin verstreuten Drüsenlumina waren von einem starken, kernreichen, cytogenen Gewebe umgeben. Das Epithel war meistens ein einschichtiges, hohes Zylinderepithel, stellenweise ein Plattenepithel. Er führt die Geschwulst auf Serosaepithel zurück.

Es sei mir nun gestattet, einen Fall anzuführen, dessen Veröffentlichung ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Polano verdanke.

Es handelt sich um eine 39jährige Frau, die am 21. Juli 1924 hier an der Gynäkologischen Poliklinik operiert wurde. Sie kommt in die Klinik, weil sie an der Genitalgegend eine Geschwulst hat.

Der Tumor stellt ein etwa 3,5 cm langes und 2,5 cm dickes, walzenförmiges Gebilde dar, das ungefähr in der Mitte des linken großen Labiums sitzt und überall von Epidermis bedeckt ist, die sich leicht über ihm verschieben läßt. Der unter der Haut fühlbare eigentliche Tumor ist von mäßig derber Konsistenz. Er wird in Infiltrationsanästhesie abgetragen.

Das exstirpierte Präparat stellt ein länglich ovales, kleinpflaumengroßes Gebilde dar, das allseitig mit normaler Haut überzogen ist, die an der Spitze im Umkreis von einer Linse weißlich und verdünnt erscheint.

Auf dem Schnitt erkennt man, daß die Geschwulst durch ein Drüsengewebe von eiförmiger Gestalt und blättrigem Bau erzeugt wird. Sie läßt sich aus der Umgebung, mit der sie durch feine bindegewebige Stränge verbunden ist, sehr leicht herausschälen.

Der makroskopische Eindruck eines drüsigen Gebildes findet sich mikroskopisch bestätigt. Drüsenschläuche im Längs- und Querschnitt getroffen, liegen, nach Art von Mammagewebe durch ein ziemlich junges Bindegewebe zusammengefaßt, in Komplexen zusammen. Das Stroma hat sich nur in Gestalt schmaler, sich zwischen den einzelnen Drüsenläppchen hinziehender Bindegewebssepten, zahlreiche Blutgefäße führend, erhalten. Es geht kontinuierlich in ein die Drüsenläppchen außen zusammenfassendes Bindegewebe von gleicher Konfiguration über. Die einzelnen Drüsenschläuche werden von z. T. mehrschichtigem Zylinderepithel ausgekleidet. Peripher ist die Zylinderepithelzellage von einem Saum länglicher, abgeplatteter Zellen nach Art von Endothelzellen umsäumt, die anscheinend einer tunica propria angehören.

Vor allem in den im Längsschnitt getroffenen Drüsenlumina befinden sich rundliche und ovale Lücken, die sich bei genauerem Zusehen als blasige Zellen entpuppen, deren Kern basal oder seitlich an die Wand gepreßt erscheint. Eine gewisse zellige Infiltration mit Lymphocyten und eosinophilen Zellen ist vorhanden.

Der Tumor wird also von einem Drüsengewebe erzeugt, das vermöge seiner lobulären Struktur, den deutlich ausgeprägten Basalzellen und der deutlichen tunica propria auf den ersten Blick an Mammagewebe erinnert.

Unbestritten besteht eine gewisse Analogie mit den von Pick als Adenoma hidradenoides bezeichneten Tumoren; denn in beiden Fällen sind die Kanälchen von einem ein- bis mehrschichtigem Zylinderepithel ausgekleidet, das allerdings in den Schweißdrüsengeschwülsten oft in kubisches oder plattes übergeht, und besitzen eine membrana propria. Doch schon maskroskopisch fällt der Unterschied auf; denn in allen anderen Fällen waren die Tumoren erbsen- bis bohnengroß, während der von mir beschriebene Pflaumengröße erreicht. Mikroskopisch sind die Unterschiede noch deutlicher. Nirgends

finden sich Kanälchen, die den Charakter von Ausführungsgängen zeigen, nirgends erreicht eins dieser Kanälchen unter Durchbohrung eines interpapillären Zapfens die Hautoberfläche, und nirgends läßt sich eine die Drüsenkanälchen begleitende Muskelzellschicht nachweisen. Auch fehlt die radiäre Fächerung des Tumors und Neigung einiger Kanälchen zu cystischer Dilatation. Danach muß man wohl die Annahme, daß ein Schweißdrüsentumor vorliegen könnte, ohne weiteres fallen lassen.

Auch mit den Urnierentumoren hat die Geschwulst nur geringe Aehnlichkeit. Das einzige ist die Auskleidung mit Zylinderepithel, das aber in den Recklinghausen'schen Tumoren auch in kubisches oder plattes übergeht. Hingegen fehlt alles das, was typisch zu sein scheint, so z. B. die als Halbmonde bezeichneten Gebilde, der kammartige Aufbau der Kanälchensysteme, die Pseudoglomeruli und das Flimmerepithel.

Allenfalls könnte man noch an eine Wucherung von Serosaepithel denken, daß dem lig. rotundum entlang in die Leistengegend versprengt worden ist, analog dem von A. Meyer beschriebenen Tumor. Da dieses Epithel aber nur infolge entzündlicher Reize drüsenschlauchartig in die Tiefe wuchert und sich bis zu zylindrischer Form entwickeln kann, so fehlt diesen Drüsenschläuchen eine tunica propria.

Meines Erachtens nach dürfte es sich in diesem Falle um einen von versprengtem Mammagewebe ausgehenden Tumor handeln. Dafür spricht die lobuläre Struktur, das Vorhandensein einer tunica propria und von Basalzellen und das Fehlen der Kölliker'schen Muskelzellenschicht, wie sie die Drüsengänge der Schweißdrüsengeschwülste meist besitzen.

Zum Schluß sei es mir noch gestattet, Herrn Professor Polano für Ueberlassung der Arbeit und Herrn Oberarzt Dr. Dietl für die bei Anfertigung der Arbeit gewährte Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur

1. Aschoff, Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1899. Bd. 9. S. 25.
2. Bluhm, Archiv f. Gyn. 1898. Bd. 55. S. 647.
3. Borst, Aschoffs pathol. Anatomie 1911. Bd. 1. S. 679.
4. Cullen, John Hopk. Hosp. Bull. 1896. Bd. 9.
5. Fleischmann, Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 21.
6. Göpel, Zentralblatt f. Gyn. 1897. S. 162.
7. Groß, Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Bd. 60. S. 565.
8. Köhler, Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 44.
9. A. Meyer, Entzündl. Adenofibrom d. Leistengegend. Inaug., Diss. Freiburg 1919.
10. R. Meyer, Zeitschrift f. Geb. und Gyn. 1900. Bd. 43. S. 130.
11. Pfannenstiel, Verhandlungen d. Deutsch. Gesellschaft f. Gyn. 1897. S. 195.
12. Pick, Archiv f. Gyn. Bd. 57. S. 461.
13. Pick, Archiv f. Gyn. Bd. 71. S. 347.
14. v. Recklinghausen, Zentralblatt f. allgem. Pathologie und patholog. Anatomie 1896. S. 862.
15. Rosenstein, Zentralblatt f. Gyn. 1921.
16. Rosinski, ebenda 1899. S. 1545.
17. Schickele, Hegars Beiträge. Bd. 6.
18. Schiffmann, Zentralblatt f. Gyn. 1920. S. 59.
19. Seitz, Archiv f. Gyn. 1909. Bd. 88. S. 94.